Caisse Malienne de Sécurité Sociale

Servir et Accompagner

DEMANDE DE LIQUIDATION DE PENSION

REVERSION

Je Soussigné (e) : .. N°Mlle : ..

Né le : ..

Veuve ◯ Veuf ◯ A$SCENDANT(E) ◯ TUTEUR (RICE) DES ENFANTS ◯

De M : .. N°Mlle : ..

Adresse : ..

Assignation : ..

Tel : ..

Je suis déjà titulaire de la pension ci-après :

Nature	Structure Liquidatrice	N° D'Inscription	Montant	Date de Jouissance	Date et n° de l'acte concession

Fait à .....le.....

Signature ou empreinte de l'intéressé (e)

ACI 2000 Bamako
BP 484 - Fax : 20 29 62 98
Tél : 20 29 30 46 / 20 29 27 06
Site web: www.cmssmali.ml